

CQ2-17 婦人科癌治療後の再発早期発見のための経過観察は？*Answer*

1. 経過観察の間隔の目安は、1～3年目：1～3カ月ごと、4～5年目：6カ月ごと、6年目以降：1年ごと。(C)
2. 問診・触診・内診・直腸診、細胞診、胸部X線検査、腫瘍マーカー、超音波検査、CTなどを行う。(C)

▷ 解説

- 婦人科癌治療後の経過観察の間隔・検査項目については十分なエビデンスがなく、確立されていない。
- 再発の早期発見が予後の改善につながるという十分なエビデンスも得られていない。
- 再発の多くは5年以内であるため治療後5年間はとくに慎重なフォローアップを行うが、5年以降の再発も見られるので長期の経過観察が望ましい。
- 再発の危険度は個々の症例によって異なるため、症例によって再発リスクを考慮した上で経過観察すべきである。
- 経過観察中には、治療後の下肢リンパ浮腫などの合併症や骨粗鬆症など女性のトータルヘルスケアにも留意する。

子宮頸癌

再発は治療後の2年以内に多いとされている¹⁾²⁾。NCCNガイドライン³⁾では治療終了後の経過観察の間隔は1年目で3カ月ごと、2年目は4カ月ごと、3～5年目は6カ月ごと、それ以降は年1回を推奨している。ACOGのPractice Bulletin⁴⁾では最初の3年間は3～4カ月ごと、4～5年目は6カ月ごとのフォローを勧めており、日本婦人科腫瘍学会のガイドライン⁵⁾では1～3年目は1～3カ月ごと、4～5年目は6カ月ごと、6年目以降は1年ごとの経過観察を推奨している。頸癌では骨盤内再発が多いことから¹⁾²⁾内診・直腸診は有効な手段であり、加えてリンパ節などの触診も行う。そのほかに再発発見に役立つ検査項目としては、細胞診、胸部X線検査、腫瘍マーカー、CT/MRI、核医学検査(骨シンチグラム・ガリウムシンチグラム)、FDG-PETなどが挙げられるが、どの検査をルーチンにあるいはどの時期に行うかに関しては確立されていない。細胞診や腫瘍マーカー(SCC抗原)検査についても、ルーチン検査として有用とする報告⁶⁾⁷⁾とその有用性を疑問視する報告²⁾⁸⁾がある。NCCNガイドラインとACOGのPractice Bulletinでは診察ごとの細胞診と1年ごとの胸部X線検査を勧めており、日本婦人科腫瘍学会のガイドラインも同様に施行することが望ましいとしている。再発の早期発見⁹⁾と予後評価¹⁰⁾にFDG-PETが有用という報告が最近多く見られるようになってきているが、今後データの蓄積が必要である。

子宮体癌

治療後3年以内の再発が多いとされている¹¹⁾。NCCNガイドライン¹²⁾では治療終了後の経過観察の間隔は2年目までは3～6カ月ごと、それ以降は半年から1年を推奨している。ACOGのPractice Bulletin¹³⁾では最初の2～3年間は3～4カ月ごと、それ以降は6カ月ごとのフォローを勧めており、日本婦人科腫瘍学会のガイドライン¹⁴⁾では1～3年目は1～3カ月ごと、4～5年目は6カ月ごと、6年目以降は1年ごとの経過観察を推奨している。体癌でも骨盤内再発が多いことから内診・直腸診は有効な手

段であり、加えて体表のリンパ節の触診も行う。そのほかに再発発見に役立つ検査項目としては、細胞診、胸部X線検査、腫瘍マーカー、CT/MRI、FDG-PETなどが挙げられるが、どの検査をルーチンにあるいはどの時期に行うかに関しては確立されていない。細胞診に関しては、細胞診だけで再発を診断される症例が少ないことやコストの面からルーチン検査に入れることに否定的な報告が多い¹¹⁾¹⁵⁾が、NCCNガイドラインでは最初の2年間は6カ月ごとの細胞診をすすめており、日本婦人科腫瘍学会ガイドラインでも細胞診を行うことが望ましいとされている。ACOGのPractice Bulletinでは細胞診を推奨していない。いずれのガイドラインでも腫瘍マーカー検査(CA125/CA19-9)は十分なエビデンスがないとしてルーチン検査として推奨されていない。

卵巣癌

治療後2年以内の再発が多いとされている¹⁶⁾。NCCNガイドライン¹⁷⁾では治療後2年以内は2~4カ月ごと、3~5年目までは6カ月ごと、それ以降は1年ごとの経過観察を推奨している。日本婦人科学会のガイドライン¹⁸⁾では治療後2年以内は1~3カ月、3~5年目は3~6カ月、それ以降は12カ月ごとの経過観察がすすめられている。いずれのガイドラインでも内診を中心とした診察と腫瘍マーカー検査(CA125)を推奨している。CA125測定は再発の早期発見に有用で、再発例の80%以上が陽性を示す¹⁹⁾。しかしながら、最近の大規模ランダム化比較試験ではCA125のモニタリングを行うことによって約5カ月早く再発を見つけられるが、早期に化学療法を開始しても生存期間の延長にはつながらないと報告している²⁰⁾。胸部X線検査とCTはNCCNガイドラインではルーチン検査としては推奨されていないが、日本婦人科腫瘍学会ガイドラインでは6~12カ月に1度のチェックが望ましいとされている。CA125の上昇が見られる症例においてCTで再発所見が見つけられない場合にFDG-PETが有用との報告²¹⁾²²⁾が最近見られるようになっているが、今後さらなるデータの蓄積が必要である。

文 献

- 1) Larson DM, Copeland LJ, Stringer CA, Gershenson DM, Malone JM Jr, Edwards CL: Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1988; 30: 381—387 (III)
- 2) Bodurka-Bervers D, Morris M, Eifel PJ, Levenback C, Bervers MW, Lucas KR, et al.: Posttherapy surveillance of women with cervical cancer: an outcomes analysis. *Gynecol Oncol* 2000; 78: 187—193 (III)
- 3) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; Cervical Cancer V.1. 2008. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/cervical.pdf (Guideline)
- 4) ACOG Practice Bulletin Number 35, May 2002, Diagnosis and treatment of cervical carcinomas. Available from: http://www.acog.org/publications/educational_bulletins/pb035.cfm (Guideline)
- 5) 日本婦人科腫瘍学会/編: 子宮頸癌治療ガイドライン 2007年版, 東京, 金原出版, 2007, 114—117 (Guideline)
- 6) Chen NJ, Okuda H, Sekiba K: Recurrent carcinoma of the vagina following Okabayashi's radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1985; 20: 10—26 (III)
- 7) Maiman M: The clinical application of serum squamous cell carcinoma antigen level monitoring in invasive cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2002; 84: 4—6 (III)